Caso clínico 17/08/22

Saray Suárez García – MIR Medicina Interna

Timoteo Cámara – Médico Adjunto Medicina Interna





- Ingresa por disfagia en agosto 2021
- Antecedentes personales:
 - Carcinoma urotelial de vejiga en diciembre-2018 => RTU.
 - Obstrucción intestinal octubre-2020 => TAC primera posibilidad de brida => resección de segmento de intestino delgado a unos 50-60 cm de válvula ileocecal estenosado.
 - TEP en ramas arteriales del LII como hallazgo incidental marzo-2021.
 - IQ: 1 cesárea.





- Antecedentes familiares:
 - Hermano fallecido por neoplasia gástrica.
- Tratamiento habitual: Innohep 12.000 UI/dia sc. Zolpidem 10 mg(0-0-1) Serc (1-0-1) Pantoprazol 40 mg 1 c/día. Paracetamol. Enalapril 20 mg (1-0-0). Rosuvastatina 20 mg (0-0-1).









ENFERMEDAD ACTUAL:

- Presenta disfagia, tanto para solidos como para líquidos desde hace 10 días. Además, refiere alternancia del ritmo intestinal con diarrea y estreñimiento.
- TAC abdomino-pélvico de 8 días antes del ingreso: engrosamiento asimétrico discontinuo de paredes de asas intestinales con ligeras dilataciones proximales, de características inespecíficas que podría estar en relación con cambios inflamatorios (afecta a paredes gástricas de forma simétrica, íleon y colon).









EXPLORACIÓN FÍSICA

- TA 110/80 mmHg. FC 64 lpm. Sat O2 96%. Afebril. Consciente. Orientada. Palidez cutáneo-mucosa. PVY normal. Eupneica. No adenopatías periféricas.
- AC: rítmica a 80 lpm, sin soplos.
- AP: m.v.c.
- Abdomen: blando, depresible. No masas ni megalias. No doloroso. RHA +. No Blumberg. No Murphy.
- Extremidades: no edemas ni signos TVP. Pulsos normales





PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- <u>Hemograma</u>: Hem 4.090.000/mmc. <u>Hb 11,6 g/dl</u>. Hcto 34,7 %. VCM 85 fl. Plaq 227.000/mmc. Leuc 6.300/mmc (63N-26L-9M-1Eo). <u>VSG 41 mm/h.</u>
- Coagulación: A. prot 85 %. APTT 33,5 seg. INR 1,1. Fibrinogeno 652 mg/dl. Dimero D 223 ng/mL.
- Bioquímica: Gluc 111 mg/dl. Urea 58 mg/dl. Urico 4,62 mg/dl. Creat 1,38 mg/dl (FG 39 mil/min). GOT 23 U/L. GPT 23 U/L. FA 55 U/L. GGT 24 U/L. PT 6,2 g/dl. Colest 173 mg/dl. TG 208 mg/dl. Ca 9,7 mg/dl. Pi 4,1 mg/dl. CPK 60 U/L. LDH 188 U/L. Bil tot 0,22 mg/dl. Fe 22 mcg/dl. IST 14 %. Ferritina 189 ng/ml. Alb 4,26 g/dl. Cloro 103 mmol/l. Na 139 mEq/L. K 4,8 mEq/L. PCR 12 mg/L. proBNP 20,15 pg/ml. Procalcitonina 0,06 ng/ml. Folico 4,79 ng/ml. B12 333 pg/ml. T4L 1,39 ng/dl. TSH 5,02 mUI/L.
- Marcadores tumorales: CEA 11 ng/ml. Beta2 microglobulina 2,79 mg/l. <u>CA-19.9 252 U/ml.</u> CA-72.4 2 U/ml. SCC 0,6 ngr/ml.
- PCR SARS-CoV-2 Negativa





PRUEBAS COMPLEMENTARIAS













PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

• Gastroscopia: A 27 cm de arcada dentaria se identifica estenosis que impide el paso del gastroscopio normal. La disminución de calibre se prolonga hasta cardias siendo la mucosa subyacente de características normales. En fundus/ cuerpo alto, en retroflexión, se identifica una zona de mucosa edematosa con aspecto similar a las encontradas en el colon. Resto de estómago normal.

Duodeno: En primera rodilla duodenal encontramos otra zona edematosa similar a las descritas previamente. Segunda porción duodenal normal. Diagnóstico: Estenosis esofágica.

Engrosamiento mucoso en fundus y duodeno











PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Colonoscopia: En recto distal alguna lesión diminuta compatible con ectasia vascular.
 Alteración parcheada de la mucosa colónica explorada, con zonas engrosadas que no estenosan la luz; después de pasar el ángulo esplénico se observa estenosis de la luz por engrosamiento mucoso, que no permite avanzar con el endoscopio.





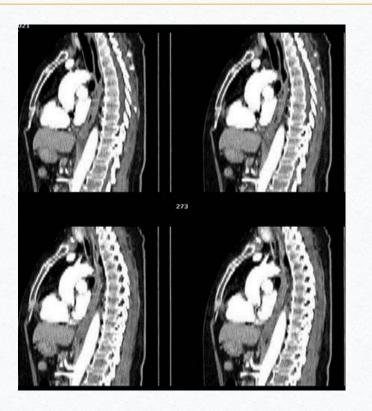






PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

• TC tórax con contraste endovenoso: Milimétricos ganglios mediastínicos. No se identifican adenopatías hiliares ni axilares. Engrosamiento circunferencial del esófago que comienza a visualizarse a nivel de carina con engrosamiento difuso y regular hasta unión esofagogástrica. Persiste engrosamiento de cuerpo gástrico. Catéter venoso con extremo en cava superior. No se identifican nódulos pulmonares. Conclusión: no se observan signos de lesión tumoral a nivel torácico







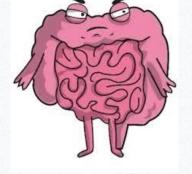




Resumen





















Enfermedad inflamatoria intestinal

ENFERMEDAD DE CROHN

- Afecta desde la boca hasta el ano de manera transmural y discontinua. Con mayor frecuencia afecta colon derecho íleon y unión íleo-cólica.
- <u>Clínica:</u> síndrome general, fiebre, dolor abdominal, diarrea, tenesmo...
- <u>Macroscópicamente:</u> úlceras, fisuras, empedrado.
- <u>Microscópicamente</u>: granulomas epitelioides no necrotizantes.
- Raza blanca y áreas urbanas.
- H > M. 1° pico entre 15-30 años, 2° entre 60-80.
- El factor de riesgo más importante es tener un familiar con la enfermedad.
- <u>Patrones:</u> inflamatorio, fibroestenótico-obstructivo y penetrante fistuloso.





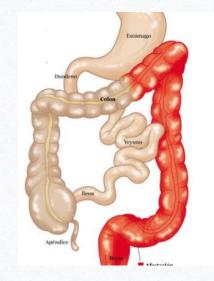




Enfermedad inflamatoria intestinal

COLITIS ULCEROSA

- Más frecuente. Incidencia entre 15-30 y 60-80.
- H=M.
- Afectación de colon (sobre todo izquierdo) y recto.
- <u>Clínica:</u> diarrea con moco y rectorragia. Menos frecuente: fiebre y síndrome general.
- <u>Macroscópicamente</u>: pseudopólipos.
- <u>Microscópicamente</u>: abscesos crípticos.







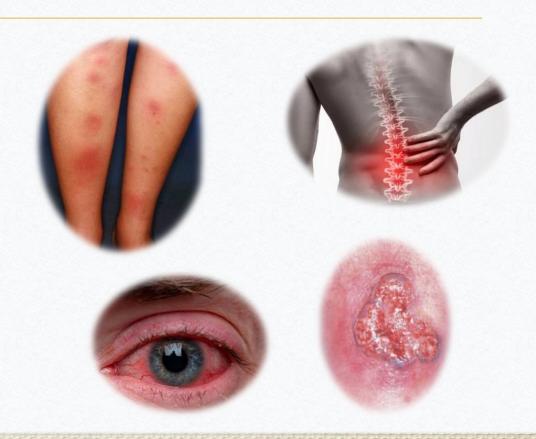




Enfermedad inflamatoria intestinal

Complicaciones extraintestinales:

- Artritis seronegativa no deformante (Crohn)
- Espondiloartropatías HLA-B27 (Crohn)
- Hipocratismo digital (Crohn)
- Eritema nodoso (Crohn)
- Pioderma gangrenoso (Colitis ulcerosa)
- Epiescleritis/uveítis (Crohn)
- Colangitis esclerosante primaria (Colitis ulcerosa)
- Anemia hemolítica autoinmune (Colitis ulcerosa)











Infecciones

Infecciones subagudas/crónicas:

- TBC intestinal: clínica y lesiones similares a EII, con afectación parcheada en tubo digestivo. No produce estenosis.
- Yersinia/Campylobacter: cuadro más agudo. No afectación parcheada. No estenosis.
- Parásitos: Giardiasis/amebiasis.
- Esquistosomiasis crónica.
- CMV.











Neoplasias

- Adenocarcinoma
- Sarcoma
- Tumores neuroendocrinos

Linfomas



Linfomas de células B

Tipo MALT:

Bajo grado.

Alto grado con o sin componente de bajo grado aso-

ciado

Enfermedad inmunoproliferativa de intestino delgadode bajo grado o de alto grado con o sin componenete de bajo grado.

Poliposis linfornatosa.

Linfoma de Burkitt y Burkitt-like.

Otros tipos de linfomas de bajo o de alto grado correspondientes a equivalentes linfoides ganglionares.

Linfomas de células T

Linfoma T asociado a enfermedad celíaca o enteropatía. Otros linfomas T no asociados a enteropatía.



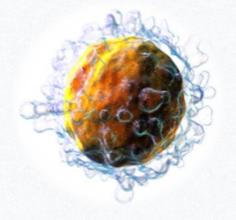






Neoplasias

- MALT: Infiltración linfomatosa difusa del intestino delgado: se asocia a infección por Giardia. Clínica de malabsorción. Afectación parcheada. Produccion de cadenas pesadas alfa IgA de manera anómala.
- <u>Linfoma T:</u> en un 70% afectación multifocal. Lesiones ulcerosas. Microscópicamente infiltración linfocitaria.











Enfermedades vasculares

Isquemia intestinal aguda/crónica



- Colitis isquémica crónica: puede evolucionar a estenosis postisquémica.
 - Clínica no compatible, edad avanzada, ateroesclerosis, bajo gasto, solo afecta a colon...



Vasculitis con afectación intestinal:



- Púrpura Schonlein-Henoch.
- Enfermedad de Behcet.
- Vasculitis ANCA.
- Asociada a otras enfermedades autoinmunes: LES.









Miscelánea

- ¿Fármacos, AINES?
- ¿Radioterapia?
- Enfermedad celiaca: yeyunoileitis crónica inflamatoria no granulomatosa que puede producir ulceras y estenosis sobre todo en intestino delgado.
- <u>Gastroenteritis eosinofílica</u>: clínica variada, cuadros malabsortivos y diarrea. Puede producir cuadros suboclusivos. En este caso no hay eosinofilia periférica.











Juicio clínico

- 1. Enfermedad de Crohn con patrón fibroestenótico-obstructivo
- 2. Linfoma T gastrointestinal











Pruebas complementarias

- Hacer incapié en otros datos clínicos: existencia de fiebre, síndrome general, lesiones cutáneas, afectación musculoesquéletica u ocular.
- Calprotectina fecal en heces.
- Opcional: ANCA, ASCA, Anti-I2, Anti-OmpC IgA
- Proteinograma e inmunoglobulinas.
- Coprocultivo, parásitos en heces.
- Serologías: VIH, CMV, yersinia. Si sospecha de linfoma completar con VEB.
- Pendiente de resultados de anatomía patológica.

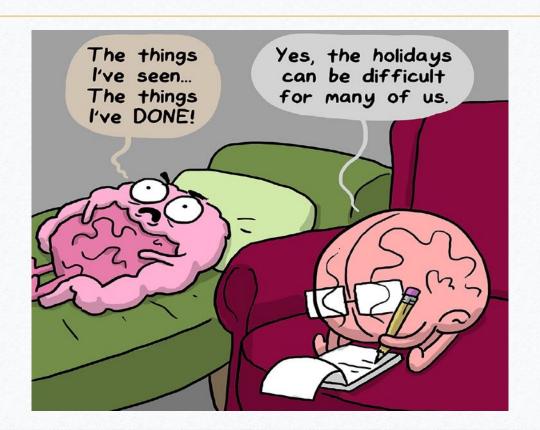








¡Gracias!







Caso clínico

17 de Agosto de 2022

Residente: Saray Suarez García Adjunto: Timoteo Cámara







Problemas – errores en la Historia:

- Historia clínica de ingreso tal cual. No revisión de antecedentes.
- Familiares no aportan mas datos de su situación previa y actual.
- Durante ola de Covid.
- Adquirido la paciente tras varios días de ingreso







Cirugía => episodio de obstrucción intestinal octubre-20:

Anatomía Patológica pieza intestino delgado: infiltración/metástasis por carcinoma urotelial variante plasmocitoide primario de vejiga con invasión vasculo-linfática y perineural que afecta a la totalidad de la pared de los dos segmentos remitidos.

Urología noviembre-20:

 Anatomía Patológica de vejiga: carcinoma urotelial solido variante plasmocitoide grado 3 que infiltra ampliamente el escaso material remitido.

Oncología

 Ciclos de QT con cisplatino/gemcitabina (desde Noviembre-2020 hasta abril-2021) con persistencia/recidiva local







Biopsias endoscópicas del ingreso actual

BIOPSIAS DE COLON, DUODENO Y ESTÓMAGO:

INFILTRACIÓN DE MUCOSA Y SUBMUCOSA POR UN CARCINOMA DE ALTO GRADO MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLE CON UN CARCINOMA UROTELIAL DE ALTO GRADO.

Inmunohistoquímica:

GATA3 : positivo

CK7 : positivo

CK20 : positivo

Los resultados son concluyentes y aseguran el origen urotelial de la lesión siendo el diagnóstico definitivo:

INFILTRACIÓN/METASTASIS POR EL CARCINOMA UREOTELIAL VARIEDAD CÉLULAS PLASMOCITOIDES PREVIO







CARCINOMA UREOTELIAL VARIEDAD CÉLULAS PLASMOCITOIDES







- Entidad rara (< 1% de Ca. uroteliales)
- Casos aislados y series cortas
- Puede confundirse histológicamente con neoplasias de estirpe hemolinfoide (mieloma múltiple o linfoma)
- Inmunohistoquímica => presenta inmunorreactividad citoplasmática positiva frente a citoqueratinas, especialmente para las citoqueratinas de alto peso molecular, la citoqueratina CK7 y la CK208. Y negativa frente a vimentina -marcadores del linfoma-, CD138 -marcadores neuroendocrinos-, proteína S-100, desmina y actina del músculo liso.
- Clínica es con frecuencia tardía
- Variante muy agresiva, con tendencia a la recurrencia y a la metastatización temprana (carcinomatosis peritoneal, progresión local, lesiones a distancia...)
- Tto.:
 - cistectomía radical (sin no hay metástasis).
 - Quimioterapia (no bien definida)







